

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Psicología



TESIS

Título : DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DE LURÍN – 2021

Para Optar : El Título Profesional de Psicóloga

Autor (es) : Bach. León Dávalos, Rocío del Pilar

Asesor : Mg. Jessenia Vásquez Artica

Mg. Osmar Jesús Sapaico Vargas

Línea de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la Salud

Fecha de inicio y culminación: Marzo 2021 – Julio 2021

Lima – Perú

2021

DEDICATORIA

A mi familia que es un ejemplo para mi vida.

La autora

AGRADECIMIENTO

A mis asesores por brindarme gran apoyo en la elaboración y conclusión de esta investigación, asimismo a la psicóloga Mary Román Bravo por sus enseñanzas y por compartirme sus experiencias.

CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO	iii
CONTENIDO.....	iv
CONTENIDO DE TABLAS	viii
CONTENIDO DE FIGURAS	ix
INTRODUCCIÓN.....	10
RESUMEN	12
ABSTRACT	13
CAPÍTULO I.....	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.1. Descripción de la realidad problemática	14
1.2. Delimitación del problema	15
1.2.1. Delimitación espacial	15
1.2.2. Delimitación temporal	15
1.2.3. Delimitación teórica	16
1.2.4. Delimitación social	16
1.3. Formulación del problema.....	16
1.3.1. Problema general	16

1.3.2. Problemas específicos.....	16
1.4. Justificación.....	17
1.4.1. Teórica.....	17
1.4.2. Social.....	17
1.4.3. Metodología.....	18
1.5. Objetivos.....	19
1.5.1. Objetivo general.....	19
1.5.2. Objetivos específicos.....	19
CAPÍTULO II.....	20
MARCO TEÓRICO.....	20
2.1. Antecedentes de la investigación.....	20
2.1.1. Internacionales.....	20
2.1.2. Nacionales.....	22
2.2. Bases teóricas o científicas.....	24
2.2.1. Definición de la depresión.....	24
2.2.2. Teoría cognitiva de la depresión según Beck.....	24
2.2.3. Tríada cognitiva.....	25
2.2.4. Organización estructural del pensamiento depresivo.....	26
2.2.5. Errores en el procesamiento de la información.....	27
2.2.6. Etiología de la depresión.....	28

2.2.7. Criterios diagn3sticos de la depresi3n	30
2.2.8. Característica de la depresi3n	31
2.2.9. Depresi3n en adultos mayores	31
2.3. Marco conceptual	33
HIP3TESIS	34
CAPÍTULO III	34
3.1. Hip3tesis General	34
3.2. Variable	34
Capítulo IV	36
Metodología.....	36
4.1. M3todo de investigaci3n.....	36
4.2. Tipo de investigaci3n.....	36
4.3. Nivel de investigaci3n	36
4.4 Diseño de la investigaci3n	37
4.5. Poblaci3n y muestra.....	37
4.6.1. Muestra y tipo de muestreo	37
4.7. T3cnicas e instrumentos de recolecci3n de datos	39
4.7.1. T3cnica de recolecci3n de datos	39
4.7.2. Instrumento de recolecci3n y medici3n de variables.....	39
4.8. T3cnicas de procesamiento y an3lisis de datos.....	41

4.9. Aspectos éticos de la investigación	42
CAPÍTULO V.....	44
RESULTADOS	44
5.1. Descripción de resultados.....	44
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	52
CONCLUSIONES.....	57
RECOMENDACIONES	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	64
Anexo 1: Matriz de consistencia	64
Anexo 2: Operacionalización de las variables.....	66
Anexo 3: Matriz de operacionalización de los instrumentos.....	67
Anexo 4: Instrumento de investigación y constancia de su aplicación	69
Anexo 5: Confiabilidad y validez del instrumento.....	71
Anexo 6: La data de procesamiento de datos	75
Anexo 7: Consentimiento / asentimiento informado.....	¡Error! Marcador no definido.
Anexo 8: Fotos de la aplicación del instrumento	¡Error! Marcador no definido.

CONTENIDO DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. <i>Nivel de depresión predominante en adultos mayores del centro integral del adulto mayor de Lurín, 2021</i>	44
Tabla 2 <i>Niveles de depresión según el género de los adultos mayores del Centro Integral del Adulto mayor de Lurín, 2021</i>	45
Tabla 3 <i>Nivel de depresión predominante de acuerdo con el grado de instrucción de los adultos mayores del centro integral del adulto mayor de Lurín, 2021</i>	47
Tabla 4 <i>Nivel de depresión predominante en función al estado civil de los adultos mayores del centro integral del adulto mayor de Lurín, 2021</i>	48
Tabla 5 <i>Nivel de depresión predominante de acuerdo con las personas que convivan con los adultos mayores del centro integral del adulto mayor de Lurín. 2021</i>	50
Tabla 6 <i>Confiabilidad del instrumento de acuerdo con el coeficiente de Alfa de Cronbach para la población estudiada</i>	71

CONTENIDO DE FIGURAS

	Pág
Figura 1 <i>Nivel de depresión predominante en adultos mayores del centro integral del adulto mayor de Lurín, 2021</i>	44
Figura 2 <i>Niveles de depresión según el género de los adultos mayores del Centro Integral del Adulto mayor de Lurín, 2021</i>	46
Figura 3 <i>Nivel de depresión predominante de acuerdo con el grado de instrucción de los adultos mayores del centro integral del adulto mayor de Lurín, 2021</i>	47
Figura 4 <i>Nivel de depresión predominante en función al estado civil de los adultos mayores del centro integral del adulto mayor de Lurín, 2021</i>	49
Figura 5 <i>Nivel de depresión predominante de acuerdo con las personas que convivan con los adultos mayores del centro integral del adulto mayor de Lurín. 202</i>	50

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2003 definió a la depresión como un trastorno del estado anímico caracterizado porque el individuo pierde su capacidad de disfrutar e interesarse por las cosas. En consecuencia, esta alteración afecta significativamente su funcionalidad en sus principales áreas de actividad (Beltrán, Freyre y Hernández-Guzmán, 2012).

La depresión es acompañada también por cambios en el apetito, sueño y psicomotricidad, disminución de los procesos cognitivos (concentración, atención y toma de decisiones), también se sienten inferiores, culpables, con desesperanza, pérdida de la confianza en sí mismo, pensamientos frecuentes de muerte y, por último, planeación y/o actos suicidas. En el año 2001 la OMS señaló a la depresión como la causa primigenia de pérdida de años de buena salud por discapacidad (APD), con prevalencia del 10.4% en los trastornos psiquiátricos graves (Beltrán, 2012).

El actual estudio se formuló la pregunta: ¿Cuáles son los niveles de depresión en la población de adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de Lurín - 2021?, y se planteó como objetivo determinar los niveles de depresión de los adultos mayores asilados en el Centro del Adulto Mayor de Lurín, fue una investigación de tipo básico de nivel descriptivo y de diseño descriptivo simple como transversal.

La investigación consta de cinco capítulos:

Primer capítulo: Se presenta el planteamiento del problema de investigación, que describe la situación, la delimitación (tanto espacial, temporal, teórico como social) y la formulación del problema, también se encuentra la justificación como los objetivos de estudio.

Segundo capítulo: Se encuentran las investigaciones antecesoras al estudio tanto de índole nacionales como internacionales que se emplearon para la discusión de la presente investigación, además, se realizó la revisión de la teoría cognitiva de Beck.

Tercer capítulo: Se precisa del porque no se formuló hipótesis y también se identificó las variables investigadas.

Cuarto capítulo: Se presenta el método del estudio que está conformada por el tipo, el nivel y el diseño de la investigación, también se describe la población, la muestra, las técnicas e instrumentos utilizado y los aspectos éticos.

Finalmente, en el quinto capítulo se detalla los resultados de la investigación mediante tablas cruzadas y de frecuencia que son representadas con gráficos en relación con cada objetivo, asimismo se encuentra la discusión, las conclusiones, las recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos.

RESUMEN

La depresión representa en el mundo la cuarta causalidad de discapacidad y un problema de salud pública especialmente en las personas de la tercera edad, son las más vulnerable en la situación de pandemia producto del COVID -19. Por ello, se planteó como objetivo de estudio determinar el nivel depresión predominante en los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín, 2021. Es un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo básica, con un nivel descriptivo y un diseño no experimental transversal (descriptivo simple). La muestra estuvo conformada por 71 personas mayores de 65 años con un muestreo no probabilístico intencionado; asimismo se usó el Inventario de Depresión de Beck II. La investigación concluye en que el nivel predominante de depresión es el moderado en la población de estudio, asimismo según el género tanto mujeres y varones presentaron predominio en el nivel moderado, esta situación se repite con los que tienen grado de instrucción secundaria como los universitarios, pero los técnicos manifestaron depresión leve. Por otro lado, los casados presentan con mayor frecuencia depresión leve, los convivientes, separados y viudos depresión moderada, sin embargo, los solteros depresión severa. Las personas que viven con su esposo (a), hijos, familiares presentan depresión moderada y los que viven solos depresión severa. Se recomienda al centro hacer una evaluación completa a las personas con depresión severa, también elaborar programas como talleres emocionales y de sensibilización sobre la depresión tanto a los usuarios como a sus familias.

Palabras clave: *adultos mayores, depresión, pandemia por el Covid - 19*

ABSTRACT

Depression represents worldwide the fourth cause of disability and a public health problem, especially for the elderly, who are the most vulnerable in the pandemic situation resulting from COVID-19. Therefore, the present research aimed to determine the predominant level of depression in older adults of the Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín, 2021. It is a basic study of quantitative approach, with a descriptive level and a non-experimental design (simple descriptive). The sample consisted of 71 people over 65 years of age with a non-probabilistic intentional sampling. The instrument used was the Beck Depression Interval II (BDI-II). The research concludes that the predominant level of depression is moderate in the study population, also according to gender both women and men presented predominance in the moderate level, this situation is repeated with those who have secondary education as university students, but the technicians showed mild depression. On the other hand, married people more frequently showed mild depression, cohabitants, separated and widowed people showed moderate depression, but single people showed severe depression. People who live with their spouse, children, relatives present moderate depression and those who live alone present severe depression. It is recommended that the center carry out a complete evaluation of people with severe depression, as well as develop programs such as emotional and depression awareness workshops for both users and their families.

Keywords: older adults, depression, Covid pandemic – 19.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) la gran mayoría de la población cuenta con una expectativa de vida superior o igual a los 60 años; por otro lado, entre las afecciones de salud que comúnmente aquejan a la población de adultos mayores se encuentra la depresión, demencias, pérdida de la audición, cataratas, dolores musculares, osteoartritis, diabetes y neumopatías.

La depresión a nivel mundial se posiciona como la cuarta causalidad de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables, por lo cual se constituye como un problema relevante para la salud pública y se presenta especialmente en personas de la tercera edad (Acosta y Sánchez, 2017).

En el Perú encontraron asociación entre aspectos sociodemográficas con la depresión en personas de la tercera edad, uno de estos estudios fue realizado del 2014 al 2015 y otro en el 2017, en ambos casos evaluaron con la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES) a 11411 y 4917 en personas mayores de 60 años, donde identificaron que del 14.2% al 14.3% de presentaron depresión asociados a factores como el género a(sobre todo las mujeres), la edad (> a 75 años), vivir en un área rural, no presentar ningún nivel de instrucción, ser pobre, vivir sin pareja y tener al menos una discapacidad (Martina, Gutiérrez, Nolberto y Piscoya, 2017; Baldeón-Martínez, Luna-Muñoz, Mendoza-Cernaqué, y Correa-López, 2019).

Por otro lado, la presente pandemia ha generado factores estresantes teniendo el riesgo de presentar deterioro en su salud mental y física de personas vulnerables como las personas con discapacidad y adultos mayores (Organización Panamericana de la Salud, 2020). Debido a esta preocupante situación, en la población de adultos mayores se realizó un estudio durante la primera fase de la pandemia por la enfermedad del coronavirus en China, donde se evidenció que presentan la tasa de mortalidad más alta causada por la depresión (Huarcaya, 2020).

Por lo antes mencionado, es necesario realizar un estudio de la situación en la que se encuentra la población de adultos mayores en el presente año, en la que nos encontramos cursando por la pandemia, por la pandemia del coronavirus.

Teniendo en cuenta la fragilidad de la salud mental de los adultos mayores, la presencia de estresores como el miedo a infectarse y la cuarentena instaurada como medida contención de enfermedad, pueden desencadenar episodios depresivos, a ello la importancia del presente estudio, en el cual busca describir los niveles de depresión en dicha población.

1.2. Delimitación del problema

1.2.1. Delimitación espacial

El presente estudio se realizó en el Centro Integral del Adulto Mayor que pertenece a EsSalud, ubicado en la Calle Moore N°226 en el Distrito de Lurín que a su vez pertenece a la región de Lima.

1.2.2. Delimitación temporal

Esta investigación se realizó en 5 meses, específicamente desde marzo a julio del 2021.

1.2.3. Delimitación teórica

Se consideró la teoría de depresión de Aaron Beck y los criterios de diagnóstico del DSM -5, este último porque fue considerado por los creadores del instrumento de investigación, también porque son resultado de años de investigación científica.

1.2.4. Delimitación social

El grupo social estuvo conformado por 71 personas mayores de 65 años pertenecientes al Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín, 2021.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cuál es el nivel de depresión predominante en adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín, 2021?

1.3.2. Problemas específicos

- a) ¿Cuál es nivel de depresión predominante según el género de los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín, 2021?
- b) ¿Qué nivel de depresión es predominante de acuerdo con el grado de instrucción de los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín, 2021?
- c) ¿Cuál es nivel de depresión predominante en función al estado civil de los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín, 2021?
- d) ¿Qué nivel de depresión es predominante de acuerdo con las personas que convivan los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín, 2021?

1.4. Justificación

1.4.1. Teórica

El grupo etario de personas mayores aisladas y que presentan algún tipo de demencia o deterioro cognitivo, pueden tornarse más ansiosas, estresadas, agitadas, enojadas y retraídas durante el brote de la epidemia del COVID -19 o mientras permanecen en cuarentena, por lo que, la probabilidad de desencadenar los síntomas depresivos en esta población es mayor. Para el presente estudio se empleará el modelo cognitivo de Beck sobre la depresión. Este trabajo es nuevo en la región, ya que antes no se ha hablado acerca de depresión de adultos mayores en tiempos de pandemia y servirá para tener un concepto más claro de lo que se está viviendo en este contexto.

1.4.2. Social

La emergencia mundial por COVID – 19 ha tenido una repercusión tanto económica como socialmente, en este último, muchas personas experimentaron ansiedad, angustia, temor y depresión; estos siendo principalmente relacionados con los temores a infectarse, el aburrimiento, la frustración, las pérdidas financieras, el estigma por la enfermedad y la falta de suministros o de información. La cuarentena establecida como principal medida de contención de esta epidemia ha generado un gran desafío para el sistema de salud porque ha influenciado negativamente en la salud mental de las personas, sobre todo en los adultos mayores el padecimiento de depresión está asociado al aislamiento, ya que puede desencadenarla o agravarla, además influye negativamente en su calidad de vida y estado de salud. En situaciones de riesgo social y condición económica baja es más frecuente la

depresión. Asimismo, la asociación de enfermedades crónicas, bajos ingresos económicos, dependencia y depresión mayor influyen en el proceso de ideación suicida. El presente estudio es importante porque nos proporcionará una descripción situacional de la prevalencia de depresión en adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín en el contexto de la pandemia por COVID – 19, lo cual contribuirá a exponer su relevancia ante el sistema nacional de salud para el implemento de medidas de tratamiento, que se trabajará en coordinación con un médico especialista en psiquiatra, además de ofrecer el seguimiento correspondiente a este grupo poblacional. Con la finalidad de brindarle una mejor calidad de vida a la población de estudio y, en consecuencia, también a sus familiares. Se brindará aportes por medio de talleres de depresión y cuidados, capacitación al personal sobre depresión y evaluaciones semestrales.

1.4.3. Metodología

El presente estudio siguió los lineamientos del método de investigación con la finalidad de alcanzar resultados objetivos. Es así, que se identificó que el Intervalo de Depresión de Beck II, ya había sido adaptado a la realidad peruana. En esta misma línea, se realizó una validez de contenido por criterio de jueces, luego se evalúa a un grupo piloto de 15 adultos mayores con iguales características de la muestra estudiada y se sacó la confiabilidad mediante el *Alfa de Cronbach*.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Determinar el nivel de depresión predominante en los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín, 2021.

1.5.2. Objetivos específicos

- a) Determinar el nivel de depresión predominante según el género de los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín, 2021.
- b) Identificar el nivel de depresión es predominante de acuerdo con el grado de instrucción de los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín, 2021.
- c) Determinar el nivel de depresión predominante en función al estado civil de los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín, 2021.
- d) Identificar el nivel de depresión predominante de acuerdo con las personas que convivan los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín, 2021.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Internacionales

Labra y Ruvalcaba (2019) en su estudio “*Indicadores de Depresión en Adultos Mayores de 60 a 75 años en Ixmiquilpan -México*”, su objetivo fue identificar indicadores en mencionada población. Fue una investigación descriptivo y transversal, con una muestra de 57 sujetos de 60 a 75 años, a quienes les aplicaron el instrumento *Geriatric Depression Scale Yesavage*, esto les permitió concluir en que las féminas tienen mayor porcentaje de indicadores de depresión en comparación a los de género masculino.

Hernández-Chávez *et al.* (2017) en su estudio “*Depresión en un centro geriátrico comunitario en Quintana Roo*” buscó identificar el índice y su clasificación de la depresión. Fue una investigación descriptivo y transversal, usaron el Cuestionario de Hamilton, a la vez conto con muestra 16 sujetos de 65 a 87 años de ambos sexos. Clasificaron a los sujetos de estudio como: sin depresión, depresión leve, depresión moderada y depresión grave. Concluyeron en que su población no había casos de depresión grave, sin embargo, hallaron que la mitad de esta tuvo criterios de depresión moderada con mayor frecuencia en los varones.

En Suecia, De los Santos y Carmona (2017) en su estudio “*Prevalencia de la depresión: comparaciones de diferentes definiciones de depresión en muestras*

poblacionales de adultos mayores”. Buscaron explorar si existe variación en la prevalencia de la depresión cuando se utilizan diferentes criterios de diagnóstico, escalas de calificación y distintas muestras de adultos mayores. Para ello, examinaron una muestra de 3353 individuos entre 60 y 104 años. Dentro de las principales conclusiones encontraron que existe una prevalencia de depresión en personas mayor edad, además, identificaron que variables sociodemográficas como la edad, escolaridad, estado civil, ocupación y actividades sociales son factores estadísticamente asociados a la aparición de depresión en esta población, asimismo, los factores de riesgo personales, estructurales, económicos, sociales y de salud actúan de forma distinta según el sexo de la persona.

Acosta, Fernández, González, Guzmán, Torres y Romero (2016) realizaron la investigación titulada: *“Prevalencia de depresión en el adulto mayor en los centros de vida en Cartagena año 2015”*. Para ello realizaron un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y su muestra estuvo integrada por 398 adultos mayores de 16 “Centros de Vida” ubicados en Cartagena seleccionados e forma aleatoria por conglomerados. Utilizaron un cuestionario sociodemográfico la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage (GDS-15). Concluyeron que los adultos mayores de esta población presentan baja prevalencia de depresión.

En Ecuador, Sinchire y Ordoñez (2017) realizaron la investigación *“Factores que influyen en la depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos de la parroquia de Vilcabamba y Malacatos en el año 2016”*. Fue un estudio descriptivo y transversal, con una muestra de 130 adultos mayores a quienes le aplicaron el Cuestionario de Yesavage Concluyendo que el 64% de la población no presentaron ningún nivel de

depresión, sin embargo el 36% presento depresión modera y el 6% depresión grave, asimismo, los principales factores de riesgo que afectan a los adultos mayores con algún nivel de depresión son los factores biológicos (enfermedades degenerativas junto a dolores crónicos) y los factores sociales (bajo nivel económico, abandono y falta de apoyo familiar como social).

2.1.2. Nacionales

Fabian (2020) en su investigación “*Factores asociados a trastorno depresivo mayor en adultos mayores residentes en el Perú: estudio poblacional basado en la ENDES 2018*”. Fue una investigación observacional, retrospectivo y analítico , su población fueron adultos mayores residentes en el Perú. Posterior a su análisis de datos concluyó que existe mayor prevalencia de depresión en las personas de las zonas rurales de las regiones de Puno y Huancavelica, con hipertensión arterial, quechua hablantes, pero si tienen índice de riqueza económica este se convertiría en un factor protector frente a este trastorno.

Pérez (2019) en su estudio titulado: “*Nivel de depresión en el adulto mayor atendido en el Centro de Salud de Hualmay 2015 – propuesta de salud biopsicosocial*”. Buscó determinar el nivel de depresión en la población ya mencionada. Fue un estudio de nivel descriptivo y de diseño no experimental transversal, su muestra fue de 98 sujetos mayores de 60 años, asimismo, utilizó la Escala de Depresión Yesavage breve. Concluyó que las personas de 60 a 70 años presentaron depresión leve y establecida, donde un factor de seguridad fue que fueran casados o convivientes.

De La Cruz-Mitac *et al.* (2018) en su estudio denominado: “*Depresión en adultos mayores con enfermedades crónicas en un hospital general del Perú*”. Su objetivo fue determinar la frecuencia y características asociadas a la depresión en dicha población. Sue un estudio descriptivo con una muestra de 117 personas mayores de 60 años y usaron Cuestionario de *Yesavage*. A partir de sus resultados concluyeron que con frecuencia de la depresión en esta población es elevada y se relaciona con el sexo, estado civil, actividad laboral y deterioro cognitivo en el paciente adulto mayor.

Jara (2018) público el estudio denominado “*Depresión en adultos mayores de una asociación de vivienda en Chiclayo, de agosto a diciembre 2016*”, su objetivo fue determinar los niveles de depresión de acuerdo con el sexo y estado civil. Su muestra estuvo conformada por 80 personas adultas mayores de 60 años hacia adelante. Es un estudio de tipo y diseño descriptivo no experimental, a la vez usó el Inventario de Depresión de Beck. Concluyó que esta población presentó depresión leve y moderada, dándose de leve y severo en las mujeres en cambio niveles moderados en los varones, de igual forma, los solteros presentaron nivel de depresión leve, los viudos nivel moderado y los convivientes nivel grave.

Vargas (2018) realizó el estudio denominado: “*Grado de depresión en adultos mayores de un Centro de Atención Integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista*”. Fue de tipo cuantitativo, con diseño descriptivo transversal prospectivo y correlacional. Su muestra fue de 82 personas sin impedimento mental a quienes les aplicó la Escala *Yesavage*. Finalmente concluyo que dicha población presentó de forma frecuente depresión leve y un pequeño grupo con depresión establecida, asimismo, los sujetos

mayores de 60 a 64 años, de sexo femenino, sin grado de instrucción, sin pensión básica y son divorciados presentaron con mayor frecuencia depresión.

2.2. Bases teóricas o científicas

2.2.1. Definición de la depresión

El Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – 5) precisó que pertenece a los trastornos depresivos y que la principal característica es la desregulación disruptiva del estado de ánimo (*American Psychological Association APA, 2014*).

Al respecto la OPS y la OMS (2020) indican que la depresión es una enfermedad frecuente que afecta e interfiere en la vida cotidiana de la persona (trabajo, estudios, alimentación) y en el disfrute de la vida misma. Su causalidad es por la mezcla de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. Por otro lado, el APA (2021) precisó que este trastorno es más intenso que una tristeza, los individuos que la padecen podrían sentir desinterés y displacer por sus actividades cotidianas, pérdida o incremento de peso notorio, insomnio o sueño excesivo, escases de energía, dificultad en los procesos cognitivos (atención, concentración y memoria), sentimientos de incompetencia o culpa excesiva y pensamientos constante de muerte o suicidio.

2.2.2. Teoría cognitiva de la depresión según Beck

Esta teoría surge a partir de observaciones clínicas e investigaciones hechas por Beck en los años de 1963, 1964 y 1967, esto ha facilitado su desarrollo progresivo y el origen de su terapia (Beck 1976), esta teoría es considerada una de las más representativas que explique de forma cognitivas a la depresión (Beltrán, 2012).

El postulado de Beck intenta conceptualizar la relación tradicional entre emoción, cognición y conducta de otro modo. Puesto que, en lugar de pretender como es en el esquema clásico de estímulo- respuesta, precisa que los pensamientos son determinados por la emoción evocada y conductas del sujeto, entonces si son modificados se podrá manifestar mejor estos dos últimos, en consecuencia, las emociones generadas y las conductas son dependientes de una evaluación cognitiva (Figuroa, 2002).

Dicha teoría está conformada por conceptos específicos que explican la esencia psicológica de la depresión: la tríada cognitiva, los esquemas, y los errores cognitivos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010).

2.2.3. Tríada cognitiva

Consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen a la persona a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. a) El primer componente se centra en la visión negativa del sujeto acerca de sí mismo. b) El segundo componente se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. c) El tercer componente se centra en la visión negativa acerca del futuro. El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos, síntomas motivacionales (escasa fuerza de voluntad, evitación, escape, etc.), también se puede explicar como consecuencia de las cogniciones negativas como la dificultad en la voluntad generada por el pesimismo y desesperación. Las pretensiones de suicidio podrían ser la expresión extrema de querer escapar de problemas sin solución o a situaciones no tolerables, también puede percibirse

como una carga inútil y que sería mejor para todos incluyendo el mismo si no existiría (Beck, et al. 2010).

2.2.4. Organización estructural del pensamiento depresivo

Un segundo componente de este modelo es el de esquemas, que explica porque la persona depresiva tiene actitudes que le hacen daño y son contraproducentes, a pesar de que exista evidencia probable de factores positivos en su vida, asimismo atiende de forma selectiva a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación, pero con frecuencia estas personas tienden a dar respuestas similares y consistentes a tipos de fenómenos similares. Es necesario considerar que ciertos patrones cognitivos relativamente permanentes conforman la base de desequilibrio de las interpretaciones de distintas situaciones. La palabra “esquema” es designada a patrones cognitivos estables, es por ello, que cuando la persona confronta a una situación el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones (ideas con un contenido verbal o gráfico), a su vez es la base para identificar, diferenciar y codificar los estímulos al que confronta la persona, también evalúa y categoriza las experiencias mediante una matriz de esquemas. Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructurará distintas experiencias. Los esquemas pueden estar inactivos durante largos períodos y pueden ser activados mediante inputs ambientales determinados como situaciones de ansiedad. Cuando están activados los esquemas determinan directamente la manera de responder de la persona. En la depresión, los sujetos tienen distorsiones de las conceptualizaciones de distintas situaciones ajustándose a esquemas inadecuados poderosos. A medida que estos esquemas se van haciendo más activos, son evocados por un conjunto de estímulos cada vez mayor que

mantiene una escasa relación lógica con ellos. Esto genera que el paciente pierda el control voluntario sobre sus pensamientos generando incapacidad para acudir a esquemas más adecuados. En la depresión leve el sujeto es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con cierta objetividad. Según esta se agrave sus pensamientos estarán cada vez más gobernados por ideas negativas, además puede no existir relación lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones. Dichos esquemas son denominados idiosincráticos prepotentes como ya se mencionó estos ocasionan distorsiones frecuentes de la realidad, a la vez errores sistemáticos en el pensamiento incapacitándolo cada vez más para discernir que sus ideas e interpretaciones negativas son erróneas. En los estados depresivos más graves, el pensamiento del paciente puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincráticos: está totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos (por ejemplo, leer o responder preguntas) o emprender actividades mentales voluntarias (solución de problemas, recuerdos). En tales casos, inferimos que la organización cognitiva del depresivo puede llegar a ser tan independiente de la estimulación externa que el individuo no responda a los cambios que se producen en su entorno inmediato (Beck, et al. 2010).

2.2.5. Errores en el procesamiento de la información

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria (Beck 1976). 1. Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye

o cuando la evidencia es contraria a la conclusión. 2. Abstracción selectiva (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento. 3. Generalización excesiva (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas. 4. Maximización y minimización (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión. 5. Personalización (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión. 6. Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta): se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo (Beck, et al. 2010).

2.2.6. Etiología de la depresión

1. Factores biológicos

Las investigaciones indican que el neurotransmisor más vulnerable en la depresión es la serotonina (5-HT). De acuerdo con la biología molecular existe alteraciones en la concentración del 5 – HT en las sinapsis, también hay un incremento de receptores serotoninérgicos. Consiguientemente la noradrenalina y la dopamina también están implicadas en la fisiopatología de la depresión. Es así como los fármacos inhiben la

recaptura de estos neurotransmisores. En función a pruebas neurológicas como la tomografía y la resonancia magnética se identificó que hay alteraciones en la perfusión y en el metabolismo en regiones cerebrales, que se manifiestan en la actividad neuronal. Se ha identificado en algunos casos de depresión alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-tiroides (HHT). En la actualidad las investigaciones en este trastorno se están enfocando en la hipersecreción de corticotropina (FRC) y esto genera alteración bioquímica en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA). Por otro lado, periodo peri menopáusico se considera que existe mayor prevalencia de depresión en comparación a otras etapas de la vida de la mujer, esto debido a la declinación en la producción de estrógenos y progesterona hasta el cese de la función ovárica (Vázquez, 2011).

2. Factores genéticos

Diversos estudios indican que los familiares de pacientes con depresión padecen este trastorno tres veces superior en comparación a los familiares de las personas que no la padecen, pero, se desconoce de qué manera estos factores, independiente o conjuntamente, influyen en la transmisión de la depresión de padres a hijos y qué mecanismos genéticos sustentan dicha vulnerabilidad; los estudios con gemelos revelan que existe un estimado de heredabilidad de 37% y algunos estipulan que la concordancia es mayor en mujeres que en varones (Vázquez, 2011).

Según la OPS y OMS (2020) en función algunas tipologías de la depresión suelen darse en familias, pero, también se puede presentar en personas sin antecedentes de este trastorno en su familiares. No todas las personas con enfermedades depresivas experimentan los mismos síntomas.

3. Factores psicosociales

Vázquez (2011) indica que los eventos estresantes se encuentran fuertemente relacionados con los cuadros depresivos, asimismo, con frecuencia pueden predecir este trastorno, empeorarlo o ser la razón de la resistencia terapéutica. Los traumas generados en la infancia pueden predisponer a que las personas padezcan depresión en la adultez, según algunos investigadores indican que es producto a que estos eventos generen alteración en diversos sistemas de neurotransmisores y en el eje HHA. Es necesario considerar que no existe un factor único que genere la depresión, sino es producto de una interacción de los diversos factores ya mencionados en líneas superiores.

2.2.7. Criterios diagnósticos de la depresión

Existe 5 criterios diagnósticos según el DSM-5, el primer criterio indica que cinco o más síntomas de la depresión deben de estar presentes durante un periodo de dos semanas y representar un cambio del funcionamiento de la persona. Los síntomas de la depresión son los siguientes: 1) Estado de ánimo deprimido constante con características subjetivas (tristeza, sensación de vacío y desesperanza) y objetivas visibles por otras personas (llanto constante). 2) Disminución importante o incapacidad de interés o placer por las actividades que anteriormente presentaba. 3) Considerable pérdida o aumento de peso. 4) Insomnio o hipersomnia. 5) Agitación o por el contrario retraso psicomotor. 6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7) Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva. 8) Disminución de la capacidad para concentrarse, tomar decisiones. 9) Pensamientos recurrentes de muerte, intentos de suicidio. El segundo criterio precisa que los síntomas causan malestar clínicamente significativos o deterioro en lo social, laboral u otras áreas

importantes del funcionamiento. El tercer criterio indica que la sintomatología no puede atribuirse a los efectos de una sustancia o a enfermedades médicas. El cuarto criterio no es explicado por los trastornos esquizofrénicos o psicóticos, finalmente el quinto criterio precisa que no considera trastornos maníacos o hipomaníacos (APA, 2014).

Es necesario considerar que Sánchez-Pachas (2019) en la adaptación del IDB-II indico “que tiene una base teórica en los síntomas de los trastornos depresivos descritos en el DSM-V” (p. 41).

2.2.8. Característica de la depresión

La depresión tiene distintas características clínicas, estas son las siguientes: a) Estado de ánimo (sentimientos de tristeza, vacío, melancolía, sensación de infelicidad). b) Cognoscitiva: dificultades en la concentración, pérdida de interés, pensamientos negativos, culpa, indecisión, ideas suicidas. c) Conducta: retraso o agitación psicomotriz, aislamiento, relaciones de dependencia, llanto, suicidio. d) Somática: insomnio o hipersomnia, fatiga, aumento o disminución de apetito, pérdida o incremento del peso, molestias gástricas, falta de deseo sexual (Dahab, Rivaneira, y Minici, 2002).

2.2.9. Depresión en adultos mayores

Según OMS (2021) la depresión podría causar grandes sufrimientos y trastornos en la vida cotidiana de las personas de la tercera edad (mayores de 60 años). En los establecimientos de atención primaria en salud, no se diagnostica como debiera, es común que los síntomas de dicho trastorno en esta población se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otras problemáticas. Al respecto Gómez (2021) precisa que es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la vejez, aunque lamentablemente con frecuencia es

desapercibida. Pero no solo es la causante del sufrimiento en la persona y su entorno sino también en el aumento y mala evolución de otras complicaciones médicas.

Al parecer existen 3 principales determinantes o problemáticas que son distintos en esta etapa de la vida como: a) psicosocial (pérdida de estatus social, económico y aislamiento social), b) aparición de frecuentes enfermedades físicas (algunas de estas originan discapacidad) y c) biológico (tienen como condicionante a las enfermedades físicas y a fenómenos neurodegenerativos), todo esto puede desencadenar cuadros depresivos (Gómez 2021).

Cabe destacar que cuando un adulto mayor se deprime es considerado de forma equivocada como un aspecto normal. Al ir una de estas personas al médico solo suele mencionar comúnmente sus síntomas físicos; existen ancianos que se muestran reacios a describir aspectos emocionales como su tristeza y desesperanza o su falta de interés en las actividades comúnmente placenteras o por la pena recurrente de la pérdida de un ser querido (*National Institute of Mental Health, 2017*).

El síntoma básico de la depresión es la tristeza, pero en los adultos mayores normalmente este malestar es expresado como aburrimiento, apatía, indiferencia. Asimismo, el síntoma más temprano es la anhedonia es común el desinterés por las actividades que antes le resultaban gratas y la pérdida de ilusión. Es común que junto con la tristeza aparece un sentimiento de angustia que puede reflejarse el nivel psíquico (nerviosismo, inquietud interior) como somático (dolor de cabeza, diarreas, tensión muscular, pérdida de apetito, trastornos de sueño, etc.); también se presentan como síntoma la irritabilidad y la lentitud en el pensamiento; tendencia a sentirse inseguro e infravalorado, y se hace auto reproches (Gómez 2021). Por otro lado, los adultos mayores

con depresión presentan un desempeño más deficiente en comparación a los que presentan enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, problemas pulmonares, etc.) (OMS, 2021). En última instancia es necesario resaltar que de suicidio por depresión en esta población es cuatro veces mayor que en individuos deprimidos de menor edad (Gómez 2021).

2.3. Marco conceptual

Depresión: Según el DSM – 5 es un trastorno que tiene como principal característica la desregulación disruptiva del estado de ánimo. Para Beck (1976) la persona que lo padece muestra apatía, tristeza, concepto negativo de sí mismo, culpa, autorreproches, síntomas somáticos, conductas de evitación y a nivel de la actividad física cambios.

Dimensiones

Dimensión Somática: Forma parte de la ansiedad y conducta fisiológica, en sus componentes emocionales desde el punto de vista de los modelos cognitivos de la depresión, los cuales acompañan normalmente a los trastornos psicológicos (Beltrán, 2012). Comprende ítems como cambios en el patrón de sueño, pérdida de energía entre otros (Contreras, 2015).

Dimensión Cognitiva-Afectiva: Conformado por síntomas que son causados cuando se activan patrones cognitivos negativos, que conforman la triada cognitiva de Beck (Creencias sobre sí mismo, el mundo y el futuro) que operan como sustrato psicológico en la depresión (Beltrán, 2012). Comprende ítems como sentimientos de culpa, tristeza, autocrítica, etc. (Contreras, 2015).

HIPÓTESIS

CAPÍTULO III

3.1. Hipótesis General

No amerita, porque no se intenta pronosticar un hecho o una cifra, es solo una descripción de los niveles de depresión en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de Lurín en el año 2021, con lo que al obtenerse los resultados podría recién inducir una hipótesis, pero antes no (Sampieri, 2016).

3.2. Variable

Variable 1: Depresión

Definición conceptual:

La *American Psychological Association* (APA, 2021) indica que es un trastorno más intenso que una tristeza. Presenta diversas características como dificultad en el estado de ánimo, a nivel cognitivo, conductual y somático (Dahab, Rivaneira, y Minici, 2002). Desde la concepción cognitiva las personas con depresión tienen un esquema negativo de sí mismo de su entorno y del futuro (Beck 1976).

Definición operacional:

Es considerado como un trastorno, pero también como una enfermedad, esto va a depender de la institución que la defina como el APA o la OPS/ OMS. La persona con depresión presenta

dificultades su estado de ánimo que afecta en el desenvolvimiento de las actividades cotidianas de la persona, a la vez interfiere en aspectos conductuales, cognitivos y somáticos.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Método de investigación

El método científico es el proceso de indagación para tratar un conjunto de problemas desconocidos, es una manera de sistematizar el uso del pensamiento reflexivo en el ser humano por medio del análisis hipotético deductivo (Sánchez y Reyes, 2017). En base a esta premisa el actual estudio seguirá fielmente cada uno de los procesos de la investigación. A la vez, este estudio pertenece a la investigación descriptiva porque buscó recabar información en un solo momento y en un espacio determinado. Es así, que desde la perspectiva de (Sánchez y Reyes 2017) este método busca estudiar y describir a las variables en su estado actual y en su forma natural.

4.2. Tipo de investigación

La presente investigación fue de tipo básica, de enfoque cuantitativo porque se buscó describir los niveles de depresión en los adultos mayores de acuerdo con las dimensiones del Intervalo de Depresión de Beck II (BDI-II). Según Carrasco (2016) este tipo de investigación, se realiza con la finalidad de ampliar y profundizar las teorías, no está dirigida al tratamiento de un hecho concreto si no que únicamente es una investigación para profundizar la información.

4.3. Nivel de investigación

El actual estudio fue de nivel descriptivo, porque se describieron los niveles de depresión en los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín.

Según Sánchez y Reyes (2017) este nivel de investigación consiste fundamentalmente en describir una situación o fenómeno actual en una circunstancia témporo-espacial determinada.

4.4 Diseño de la investigación

El diseño que se empleó es el descriptivo simple, que pertenece al grupo de los no experimentales, debido a que se buscó describir la variable analizada en una muestra de estudio.

En este diseño busca recoger información contemporánea con respecto a un objeto de estudio no presentándose la administración o control de un tratamiento, ni asociación con otras variables (Sánchez y Reyes 2017).



Donde:

M = Muestra (71 adultos mayores).

O = Observación de la variable depresión.

4.5. Población y muestra

El siguiente estudio de investigación estuvo integrado por 71 adultos mayores con edades superiores a los 65 años asilado en el Centro Integral del Adulto Mayor de EsSalud ubicado en el Distrito de Lurín, Lima.

4.6.1. Muestra y tipo de muestreo

La muestra estuvo conformada por toda la población de la presente investigación esto debido al tipo de muestreo no probabilístico intencional que se seleccionó. Al respecto

(Sánchez, 2017) indica que esta debe ser representativa de la población y esta representatividad debe ser en base a la intención particular del investigador, haciendo que sea subjetiva, es decir que en su selección no se utilizó ninguna regla matemática o estadística.

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores con edad superior a los 65 años.
- Se consideró tanto a varones como a mujeres de dicha población.
- Adultos mayores con un año como mínimo de asistencia activa al Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín, al momento de aplicación de la encuesta.
- Adultos mayores que acepten voluntariamente participar en el estudio, firmando el consentimiento informado.
- Personas de la tercera edad que en la situación de pandemia del COVID-19 no pudieron ver a sus familiares por riesgo de contagio.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores con edades menores a 65 años.
- Personas de la tercera edad que no contaban con el tiempo mínimo de 1 año de asistencia activa al Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín.
- Adultos mayores que no aceptaron participar del estudio.

4.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.7.1. Técnica de recolección de datos

Para la investigación se utilizó la técnica de la encuesta pre categorizado, que desde el punto de vista de Carrasco (2016) son aquellas preguntas que tienen alternativas excluyentes o graduados (alto, medio, bajo, etc.), esto implica que el usuario debe de marcar la respuesta que crea conveniente.

4.7.2. Instrumento de recolección y medición de variables

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos de la presente investigación fue el Inventario de Depresión de Beck II (IDB-II).

Ficha técnica del instrumento de estudio

Nombre original en inglés:	<i>Beck Depression Inventory (Second edition)</i>
Autores:	Aaron T. Beck; Robert A. Steer y Gregory K. Brown
País:	Pensilvania (1996 - 1987).
Adaptación peruana:	Sánchez-Pachas Vanesa (2019).
Administración:	Individual
Rango de aplicación:	Adultos y adolescentes a partir de 13 años
Duración:	5 a 10 minutos (aproximadamente)
Significación:	Su objetivo es evaluar la magnitud o intensidad de los síntomas de depresión en las dos últimas semanas.

Sánchez-Pachas (2019) adaptó IDB-II en una muestra peruana de 400 personas de 17 a 71 años de un centro especializado de salud mental en la ciudad de Lima, es un instrumento que está conformado por 21 ítems que a la vez tiene integrado cuatro frases y su tipo de respuesta es *Likert* que va en una escala de 0 al 3, donde el evaluado tiene que seleccionar la alternativa que se adapte a su estado de ánimo durante las últimas semanas. Es un instrumento (*screening*) que permite identificar el nivel de depresión mayor con fines clínicos; es necesario considerar que este instrumento fue previamente traducido y adaptado en Argentina por Brenlla y Rodríguez (2006).

Confiabilidad

Sánchez-Pachas (2019) mediante el *Alfa de Cronbach* alcanzando un valor de .93, que indica una elevada consistencia interna superior a estudios similares como el de Brenlla, y Rodríguez (2006) que obtuvieron un alfa de .88 y al de Beck, Steer y Brown (1996) que hallaron una alfa de .92.

Validez

El instrumento de investigación en la realidad peruana tuvo dos tipos de validez de son los siguientes.

Validez de contenido: Fue realizado mediante el criterio de 5 jueces expertos en el área, posterior a ello se analizaron los resultados con la *V de Aiken* alcanzando un valor de .99, esto permitió que no se elimine ningún ítem del cuestionario original (Sánchez-Pachas, 2019).

Validez de constructo: Mediante el análisis de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin alcanzó un valor de .95 y la prueba de Bartlett con un chi cuadrado = 3603.2 y un $p < .001$ que permite aceptar el modelo factorial del IDB-II e indica que mide el constructo de depresión que busca cuantificar (Sánchez-Pachas, 2019).

4.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

La evaluación fue digital y se utilizó el *Google* Formularios, pero solo algunos adultos mayores con mayor dominio lograron rellenar el inventario, pero con la gran mayoría de la población se utilizó el software *Zoom*, que es un programa de reuniones virtuales, por donde se les leía las preguntas y se marcaba las respuestas que seleccionaban. También se identificó algunas personas que no manejaban la tecnología fueron evaluadas vía telefónica.

Posterior a la evaluación y calificación del IDB-II en la población de estudio dichos resultados fueron codificados y procesados en Excel 2010, posterior a ello, dicha información fue analizada con el paquete Estadístico SPSS Versión 23.0 que nos permitió formar una base de datos, tablas de frecuencias y tablas cruzadas realizadas a partir de:

- a) Tabulación de resultados por cada ítem y dimensión.
- b) Tabulación de resultados por cada variable.
- c) Relación de variables.

Los datos identificados fueron analizados de forma descriptiva mediante tablas cruzadas y de frecuencia porcentual de los niveles de depresión como de aspectos sociodemográficos (género, grado de instrucción, estado civil y con las personas con quienes conviven) de la población investigada.

4.9. Aspectos éticos de la investigación

En la realización de la presente investigación se revisó y se siguió el Reglamento de Investigación de la Universidad Peruana Los Andes (UPLA, 2019) de donde se consideró el artículo 27, donde estipula a) la protección de la persona de diferentes grupos étnicos y socioculturales, en la actual investigación se resguardo la integridad física y psicológica de los adultos mayores y esto se evidencio en la evaluación virtual de los instrumento, asimismo las necesidades y el bienestar de los participantes fueron prioridad en todo momento, por encima de cualquier requerimiento del estudio. b) Consentimiento informado y expreso, es así como se resguardo la identidad de los participantes en todo momento, para ello, se informó a los participantes los aspectos esenciales de la investigación y se les solicitó que firmen el consentimiento informado antes de la evaluación. También menciona la veracidad investigativa, en este estudio durante todo el proceso investigativo se buscó que la información bibliográfica como la obtención de los datos y el análisis estadísticos sean de calidad y objetivos siguiendo fielmente los lineamientos del método científico como su veracidad. Asimismo, en el Art. 28; menciona sobre las normas que rigen el comportamiento ético de la investigadora, en este caso la investigación es congruente con la línea investigativa de la UPLA. También el instrumento de investigación cuenta con validez y confiabilidad de igual forma en todo momento se siguió fielmente el método científico; asimismo se respetó la confidencialidad de los resultados como el anonimato de los sujetos investigados, por ello, las pruebas fueron anónimas y de análisis confidencial considerando que los resultados de la investigación solo tienen fines académicos. El reporte de la investigación fue comprensible, completa y oportuna para la publicación en la comunidad científica, además al finalizar el estudio se devolverá los resultados al centro

investigado. Finalmente es necesario precisar que en el actual estudio se evitó en todo momento copiar, inventar, falsificar o modificar bibliografía, datos o resultados.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

En este apartado se podrá identificar los resultados de la investigación detallando los objetivos planteados en el presente estudio.

5.1. Descripción de resultados

Tabla 1

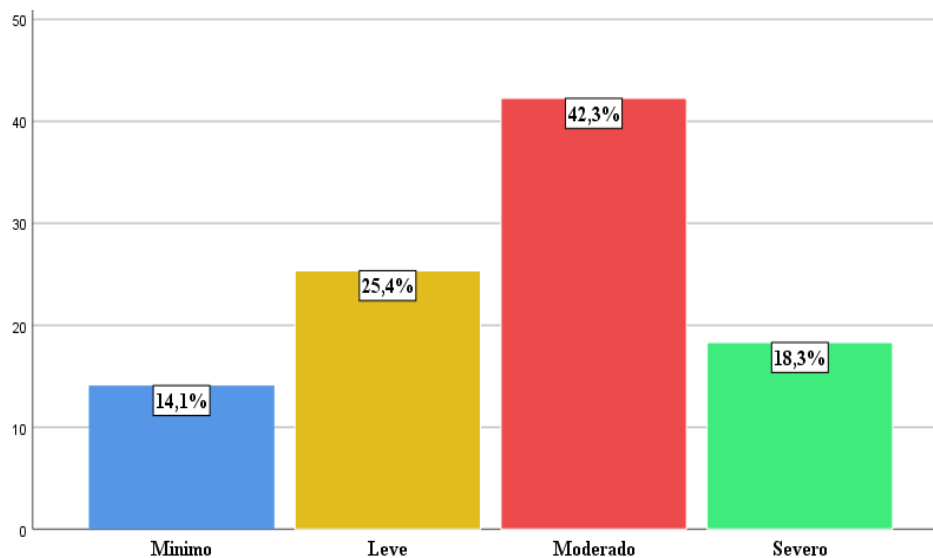
Nivel de depresión predominante en adultos mayores del centro integral del adulto mayor de Lurín, 2021.

Nivel	fi	%
Mínimo	10	14.1
Leve	18	25.4
Moderado	30	42.3
Severo	13	18.3
Total	71	100

Fuente: Creación de la investigadora.

Figura 1

Nivel de depresión predominante en adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín, 2021.



Fuente: Creación de la investigadora.

En la tabla 1 y en la figura 1, se puede observar que el 42.3% de la población presentó depresión moderada, el 25.4% depresión leve, el 18.3% depresión severa y el 14.1 % depresión mínima. Estos resultados indican que los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín, 2021 presentan predominancia en el nivel de depresión moderada, esto indica que presentan síntomas depresivos intensos y suelen tener grandes dificultades en el desarrollo de sus actividades domésticos, laborales y sociales, además tienen síntomas somáticos como insomnio, dolores de cabeza, disminución del apetito.

Tabla 2

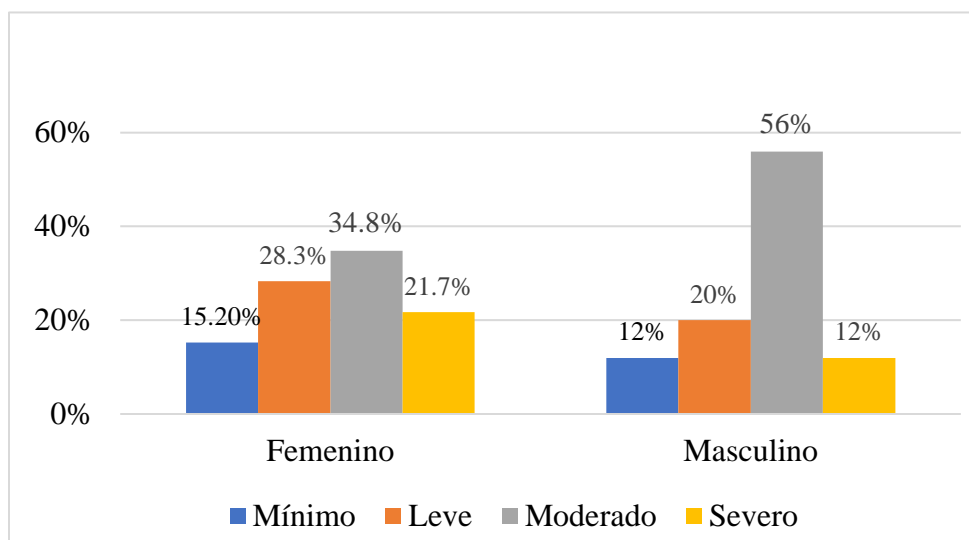
Niveles de depresión según el género de los adultos mayores del Centro Integral del Adulto mayor de Lurín, 2021.

Nivel		Género		Total
		Femenino	Masculino	
Mínimo	fi	7	3	10
	%	15,2%	12%	14,1%
Leve	fi	13	5	18
	%	28,3%	20%	25,4%
Moderado	fi	16	14	30
	%	34,8%	56%	42,3%
Severo	fi	10	3	13
	%	21,7%	12%	18,3%
Total	fi	46	25	71
	%	100%	100%	100%

Fuente: Creación de la investigadora.

Figura 2

Nivel de depresión predominante según el género de los adultos mayores del centro integral del adulto mayor de Lurín, 2021.



Fuente: Creación de la investigadora.

Se puede visualizar que en la tabla y figura número 2, las personas de género femenino de la población estudiada presentaron los siguientes niveles de depresión, el 34.8% moderada, 28.3% leve, 21.7% severo y 15.2% mínima, asimismo, los adultos mayores de género masculino presentaron un 56% de nivel moderado, 20% leve y 12% tanto en mínimo y severo. Esto indica que, en función al género las personas adultas mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín tuvieron depresión moderada como nivel predominante, esto indica que en ambos géneros se presentan síntomas depresivos intensos que afectan en el funcionamiento cotidiano de la persona.

Tabla 3

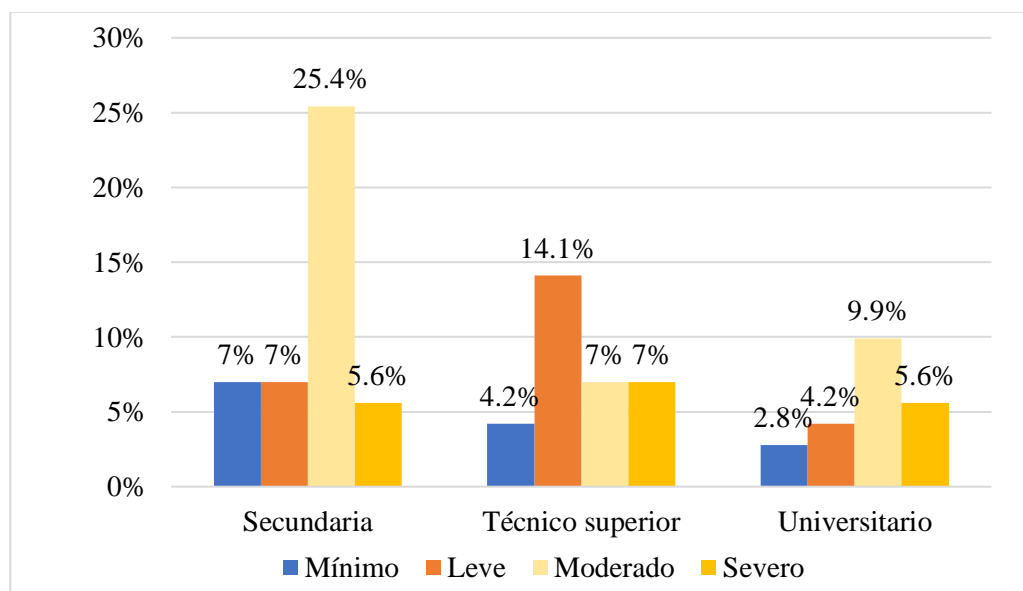
Nivel de depresión predominante de acuerdo con el grado de instrucción de los adultos mayores del centro integral del adulto mayor de Lurín, 2021.

Nivel		Grado de instrucción			
		Secundaria	Técnico superior	Universitario	Total
Mínimo	fi	5	3	2	10
	%	7%	4.2%	2.8%	14.1%
Leve	fi	5	10	3	18
	%	7%	14.1%	4.2%	25.4%
Moderado	fi	18	5	7	30
	%	25.4%	7.0%	9.9%	42.3%
Severo	fi	4	5	4	13
	%	5.6%	7%	5.6%	18.3%
Total	fi	32	23	16	71
	%	45.1%	32.4%	22.5%	100%

Fuente: Creación de la investigadora.

Figura 3

Nivel de depresión predominante de acuerdo con el grado de instrucción de los adultos mayores del centro integral del adulto mayor de Lurín, 2021.



Fuente: Creación de la investigadora.

Los resultados hallados en función a la tabla y a la figura 3, nos indica que, de acuerdo con el grado de instrucción de la población analizada, los que tenían secundaria presentaron mayor predominio con 25.4% en el nivel de depresión moderada, los de técnico superior con un 14.1% tuvieron con mayor frecuencia en depresión leve y los que tenían estudios universitarios un 9.9 % de depresión moderada. Es decir, que los adultos mayores que cuentan con secundaria y los que son universitarios presentaron síntomas depresivos intensos que genera dificultades en el funcionamiento cotidiano de las personas. Asimismo, los que tienen formación superior técnica presentan pocos síntomas y la intensidad suele generar dificultad en el funcionamiento laboral, social y familiar de la persona, pero es manejable.

Tabla 4

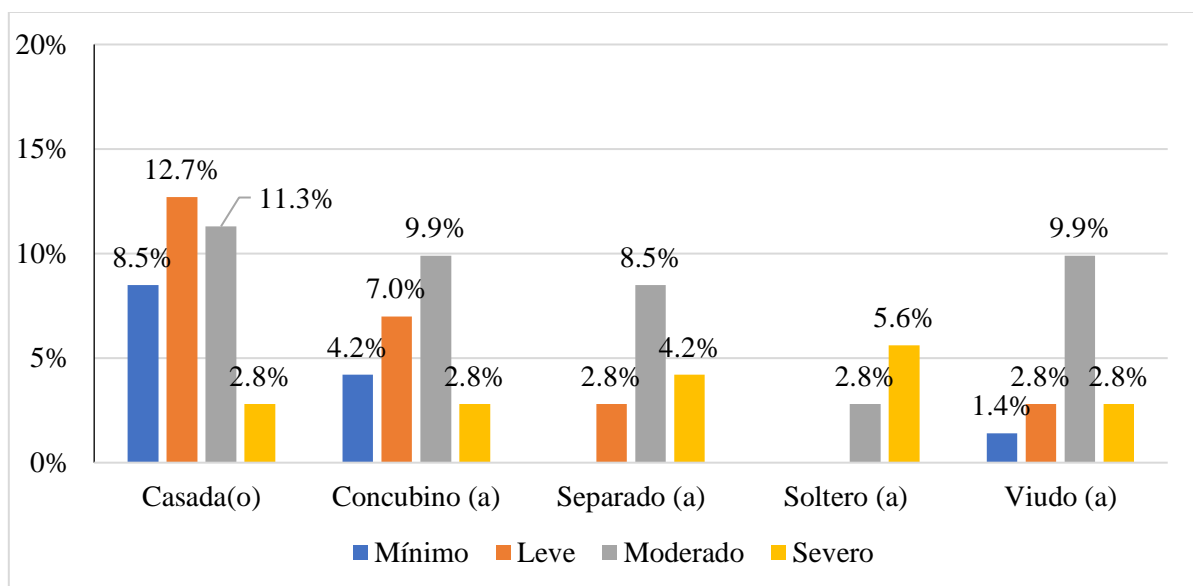
Nivel de depresión predominante en función al estado civil de los adultos mayores del centro integral del adulto mayor de Lurín, 2021

Nivel		Estado Civil					Total
		Casada(o)	Concubino (a)	Separado (a)	Soltero	Viudo (a)	
Mínimo	fi	6	3			1	10
	%	8.5%	4.2%			1.4%	14.1%
Leve	fi	9	5	2		2	18
	%	12.7%	7.0%	2.8%		2.8%	25.4%
Moderado	fi	8	7	6	2	7	30
	%	11.3%	9.9%	8.5%	2.8%	9.9%	42.3%
Severo	fi	2	2	3	4	2	13
	%	2.8%	2.8%	4.2%	5.6%	2.8%	18.3%
Total	fi	fi	17	11	6	12	71
	%	35.2%	23.9%	15.5%	8.5%	16.9%	100%

Fuente: Creación de la investigadora

Figura 4

Nivel de depresión predominante en función al estado civil de los adultos mayores del centro integral del adulto mayor de Lurín, 2021



Fuente: Creación de la investigadora.

Posterior al análisis de los datos se puede evidenciar que en la tabla y figura 4, se muestra que de acuerdo con estado civil de los adultos mayores casados presentaron 12% de depresión leve, asimismo, los que son concubinos (9.9%), separados (8.5%) y viudos (9.9%) presentaron depresión moderada. Pero las personas solteras presentaron depresión severa. Estos resultados indican que las personas adultas mayores casadas presentan síntomas depresivos leves que no interfieren de forma significativa en sus actividades diarias. Sin embargo, los que son concubinos, separados y viudos presentan grado intenso en los síntomas depresivos que genera dificultad significativa en el desenvolvimiento de sus actividades diarias. Asimismo, las personas solteras presentan abundante número de síntomas depresivos con intensidad que causan gran malestar que interfiere significativamente en el funcionamiento social, laboral y familiar de la persona.

Tabla 5

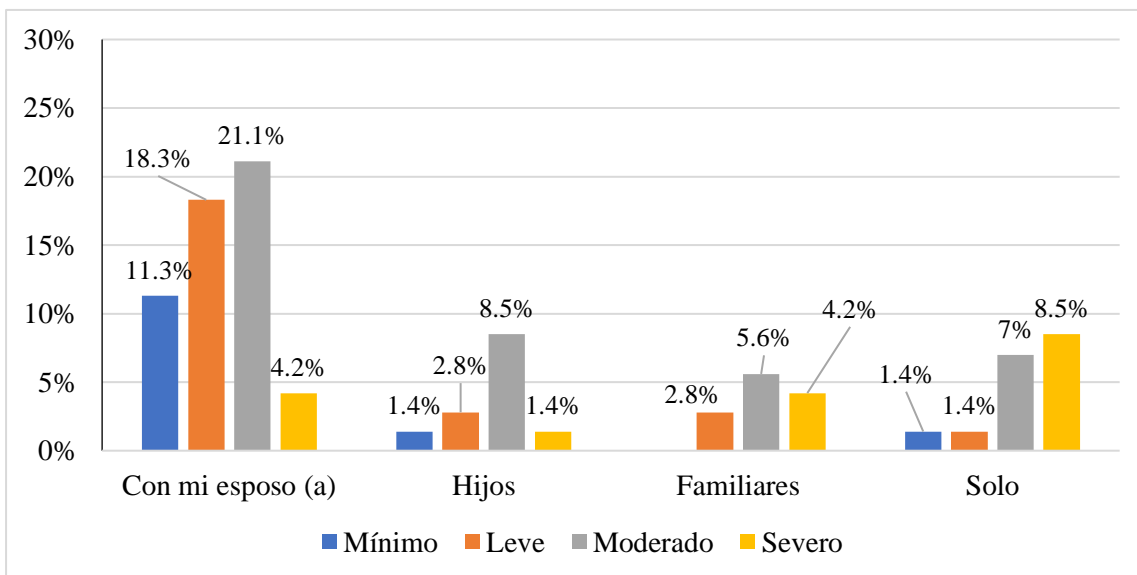
Nivel de depresión predominante de acuerdo con las personas que convivan con los adultos mayores del centro integral del adulto mayor de Lurín, 2021

		Personas con quienes viven				
Nivel		Con mi esposo (a)	Hijos	Familiares	Solo	Total
Mínimo	fi	8	1		1	10
	%	11.3%	1.4%		1.4%	14.1%
Leve	fi	13	2	2	1	18
	%	18.3%	2.8%	2.8%	1.4%	25.4%
Moderado	fi	15	6	4	5	30
	%	21.1%	8.5%	5.6%	7.0%	42.3%
Severo	fi	3	1	3	6	13
	%	4.2%	1.4%	4.2%	8.5%	18.3%
Total	fi	39	10	9	13	71
	%	54.9%	14.1%	12.7%	18.3%	100%

Fuente: Creación de la investigadora

Figura 5

Nivel de depresión predominante en función al estado civil de los adultos mayores del centro integral del adulto mayor de Lurín, 2021



Fuente: Creación de la investigadora

En la tabla y figura 5 se evidencia que la población investigada presentó los siguientes resultados en función con las personas con quienes conviven como con su pareja (esposo/a) (21.1%), con sus hijos (.8.5%) otros familiares como hermanos o sobrinos (5.6.%) presentaron depresión moderada, en última instancia los que viven solos manifestaron (8.5%) de depresión severa. Estos resultados indican que los adultos mayores que viven con sus parejas, hijos y con otros familiares presentaron síntomas intensos que interfieren en el desarrollo de sus actividades diarias, sin embargo, las personas que vivían solas presentaron síntomas depresivos con intensidad severa que genera gran malestar e impide el adecuado funcionamiento individual, familiar, laboral y social

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el siguiente apartado se identificará un contraste de los resultados identificados en el presente estudio con el modelo teórico y con los antecedentes tanto nacionales e internacionales.

El objetivo general del estudio fue determinar el nivel de depresión predominante en los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín, 2021. Al respecto los resultados identificados posterior al análisis estadístico, precisan que en esta población existe predominancia en el nivel de depresión moderada. Es necesario precisar que estos resultados se basan en el Inventario de Depresión de Beck que es un *screening* o ficha de tamizaje breve y que a su vez brinda solo una estimación de severidad de la depresión mas no un diagnóstico definitivo de este. Según el DSM – 5 “este nivel de depresión se caracteriza por presentar un número e intensidad de síntomas y un deterioro funcional de la persona que se encuentran entre los especificados entre el leve y el severo” (APA, 2014). Brenlla y Rodríguez (2006) precisan que en este nivel de depresión las personas presentan dificultades en la dimensión somática con pérdida de energía, placer e interés, fatiga, trastornos de sueño, a la vez en la dimensión cognitiva, se autocritican, tienen insatisfacción consigo mismos, ideas de inutilidad, pensamientos o deseos de suicidio. Beck *et al*, (2010) desde la teoría cognitiva explica que para cualquier nivel de depresión tiene como esencia psicológica la tríada cognitiva, los esquemas, y los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información). Además, existen varios factores que pueden influir en la frecuencia y en la configuración de los signos como de los síntomas, tales como la edad, el género, la etnia, el nivel socioeconómico, entre otros.

Al respecto Dahab, Rivaneira, y Minici (2002) a la vez Jara (2018) precisan que los adultos mayores tienen dificultad moderada principalmente en su estado de ánimo, a nivel cognoscitivo y conductual. Es necesario considerar que la población investigada estuvo integrada por adultos mayores con edades superiores a los 65 años, al respecto Vargas (2018) manifiesta que las personas con edades superiores a 60 a 64 años presentan mayor frecuencia de depresión. Al respecto, Fabian (2020) precisa que los adultos mayores con hipertensión arterial, quechua-hablantes tienen dos veces mayor la probabilidades de riesgo para padecer depresión mayor, si bien es cierto en este estudio no se consideró estas variables es evidente que existen también factores sociales y culturales que podrían desencadenar síntomas depresivos.

En el actual estudio se planteó 4 objetivos específicos donde se describen la variable de estudio en función aspectos sociodemográficos como el género, grado de instrucción, estado civil y con quienes viven las personas adultas mayores que conforman la investigación.

El primero objetivo específico fue determinar el nivel de depresión predominante según el género de los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín, 2021. Es así como los resultados en función al análisis de frecuencia indican que tanto las personas masculinas y femeninas presentan mayor predominancia en el nivel moderado de depresión, pero el último grupo tuvo niveles de depresión leve y severa con frecuencia considerable. Es decir, que las mujeres presentan mayores niveles de depresión. Estos resultados son respaldados por De La Cruz-Mitac *et al.* (2018), Vargas (2018) y Labra y Ruvalcaba (2019), que también identificaron que las mujeres son las que presentan mayores niveles de depresión que van desde leve a severo, esto indica que las mujeres presentan mayor tendencia a la depresión. En función a los varones Jara (2018) también identificó que esta población presentaba niveles moderados de depresión. Todos estos resultados nos indica que existen otros factores como los roles que

tienen que cumplir en función a su género y que esto estaría fuertemente influenciado por factores culturales e incluso las experiencias que les tocó vivir, considerando que ellos tuvieron una educación distinta a la actual y donde al parecer se valoraba menos las necesidades afectivas de las mujeres, al respecto Vázquez (2011) indica que los traumas generados en la infancia pueden predisponer a que las personas padezcan depresión en la adultez, considerándose a este un factor psicosocial de la depresión.

Asimismo a nivel teórico (Beck, et al. 2010) mencionan que “los hombres culturalmente les resulta difícil llorar, pero a medida que van cambiando los roles sexuales, aumenta el número de mujeres con el mismo problema” (p. 165), esto explicaría los resultados en la presente investigación.

El segundo objetivo específico fue identificar el nivel de depresión predominante de acuerdo con el grado de instrucción de los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín, 2021. En el presente estudio se identificó que las personas con grado de instrucción secundaria y universitarios presentaron de forma predominante un nivel moderado de depresión, pero los que tienen una formación técnica presentan mayor prevalencia en depresión leve.

También existen otras investigaciones como el de Vargas (2018) que identificó que personas sin grado de instrucción presentan depresión leve y establecida. Esto se relaciona a que esta población tiene menos oportunidades laborales y por ende menor ingreso económico que genera mayor riesgo de desatención médica, considerando que las personas mayores de 65 años presentan con más frecuencias diversas enfermedades.

El tercer objetivo de investigación fue determinar el nivel de depresión predominante en función al estado civil de los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín, 2021. Es así como se identificó mayor frecuencia de depresión leve en las personas casadas, por otro lado, los que son convivientes, solteros y los viudos que presentan predominancia en el

nivel de depresión moderado, sin embargo, los que viven solos presentan principalmente depresión severa, estos resultados fueron similar a los identificados por Jara (2018) que identifico que los viudos tenían depresión moderada, asimismo, Vargas (2018) identificó que los viudos, los solteros y los casados son los que presentan mayor tendencia a la depresión. Por otro lado, los resultados del presentes estudio no son respaldados por el de Pérez (2019) que identificó que la mayoría de los casados como los convivientes no presentan depresión y solo los solteros tienen depresión de leve y establecida (moderado). Jara (2018) también identificó que los solteros presentan depresión leve y los convivientes depresión grave. Es necesario precisar que la presente investigación se realizó en una situación atípica como es la pandemia producto del COVID -19, sin embargo los estudios de de Jara (2018) y Pérez (2019) fueron realizadas en una situación sin pandemia.

El cuarto objetivo fue identificar el nivel de depresión predominante de acuerdo con las personas que convivan los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín, 2021. En base al análisis de datos se identificó que los adultos mayores que viven solo con sus esposas presentan de forma predominante depresión moderada, también es necesario mencionar que presentaron índices considerables de depresión leve y mínima. Los que conviven con sus hijos u otros familiares como hermanos y sobrinos presentaron depresión moderada, consiguientemente los que viven solos presentan mayor predominio en depresión severa, esto sería producto de que no tienen redes de apoyo. Estos resultados son parcialmente respaldados por De La Cruz-Mitac *et al.* (2018) que precisa que el nivel de depresión se relaciona con las personas con las que se conviva porque se convierte en redes de apoyo emocional y económico, pero también se puede presentar conflictos interpersonales.

Al respecto (Beck, et al. 2010) explica que en la depresión no es adecuado solo centrarse en los aspectos intrapsíquico de la persona y en cómo construye la realidad. Es necesario considerar los aspectos relevantes del ambiente del individuo (la familia, los amigos, los compañeros, etc.). Al respecto Bandura (1975, citado por Beck, 1976) menciona que la conducta de una persona influye sobre otros individuos, cuyas acciones influyen sobre la persona. En las primeras fases de la depresión los sujetos suelen apartarse de personas cercanas y estas podrían interpretarlo con rechazos o críticas, que a la vez activarían o agravarían el auto rechazo y la autocrítica del propio individuo. En otros casos, el rechazo de personas significativas podría ser el primer eslabón que conduce a la depresión. Sin embargo, las relaciones interpersonales armoniosas pueden actuar como amortiguador (red de apoyo) para hacerle frente a la depresión leve. Un sistema de apoyo social sólido puede servir para proporcionar muestras de aceptación, respeto y afecto que neutralicen la tendencia de la persona a subestimarse (Beck, et al. 2010).

CONCLUSIONES

Conforme a los resultados obtenidos que responden a los objetivos planteados en el presente estudio se concluye lo siguiente:

Se logró determinar que el nivel de depresión predominante es el moderado en los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín, 2021.

En función al género masculino y femenino de los adultos mayores presentaron un nivel predominante de depresión moderado, también se identificó que las mujeres presentaron niveles de depresión leve y severa.

Según el grado de instrucción de la población estudiada, los que tienen secundaria y superior universitario presentaron de forma predominante un nivel moderado de depresión, sin embargo, los que tienen una formación técnica superior presentan mayor prevalencia en el nivel leve de este trastorno.

De acuerdo con el estado civil de esta población, las personas casadas tienen mayor predominancia en el nivel de depresión leve; asimismo, los concubinos, solteros y viudos presentan predominancia en el nivel de depresión moderado, sin embargo, los que viven solos muestran principalmente el nivel de depresión severa.

En última instancia, se identificó que los adultos mayores que viven solo con sus esposas presentan de forma predominante depresión moderada, también presentaron índices considerables de depresión leve y mínima, asimismo, los que viven con sus hijos u otros familiares como hermanos y sobrinos tienen depresión moderada, y los que viven solos presentan mayor predominio en depresión severa.

RECOMENDACIONES

En primer lugar, en base a los resultados se recomienda realizar una evaluación completa y detallada a las personas que estén presentando depresión severa sea por el área de psicología como por otras áreas como medicina psiquiátrica, si el caso lo requiere, ya que según el presente estudio este nivel lo estarían presentando sobre todo las personas que viven solas, ya que no tienen redes de apoyo.

Es de suma relevancia dar a conocer los resultados de la investigación a las autoridades pertinentes, pero también a las áreas encargadas de salud mental del Centro Integral del Adulto Mayor de EsSalud, Lurín. Con la finalidad de que puedan implementar talleres y programas emocionales, de higiene del sueño, de relajación progresiva y de concientización de la depresión tanto para los pacientes como a sus familiares.

Se recomienda continuar con el Programa Ciber-dialogo para que sigan aprendiendo el uso adecuado de programas de videochat como el *Zoom*, *Meet* *WhatsApp*, entre otros que les permite tener integración social con sus amistades como con sus familiares, pero también para que puedan recibir teleasistencia psicológica en el caso que lo requieran, asimismo esto les permite su participación de los talleres de habilidades (tejido, repostería, yoga, psicomotricidad entre otros) que viene brindando dicho centro, los cuales ayudan a mejorar su bienestar emocional.

Es conveniente que los futuros investigadores consideren variables adicionales a la del presente estudio como las sociodemográficas (nivel económico, lugar de origen, dependencia laboral, enfermedades medicas actuales, etc.). También es conveniente seguir analizando los

niveles de depresión en esta población con otras variables de estudio (dinámica familiar, antecedentes de depresión en la familia, etc.) o con otras poblaciones (por ejemplo, hacer una comparación con personas de la tercera edad de zonas rurales) para generar investigaciones correlacionales o comparativas que nos permitan generar técnicas de intervención para la depresión en función a nuestra realidad multicultural.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM - 5*. Quinta edición. México: Editorial Medica Panamericana.
- American Psychological Association. (2021). *Depression*. Recuperado de <https://www.apa.org/topics/depression>.
- Baldeón-Martínez, P., C. Luna-Muñoz, S. Mendoza-Cernaqué, y Correa-López L. (2019). Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. *Revista de la Facultad de Medicina Humana* 19(4):47-52. doi: 10.25176/RFMH.v19i4.2339.
- Beck, T., A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, T. A., Rush A. J., Shaw B. F., y Emery G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Ventiava edición. Bilbao, España: Desclée de Brower.
- Brenlla, M., E., y M. Rodríguez, C. (2006). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck. Segunda Edición*. Segunda Edición. Buenos Aires: Paidós.
- Carrasco, D. S. (2016). *Metodología de la investigación científica: Pautas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación*. 2a Ed. Lima, Perú: Editorial San Marcos.
- Dahab, J., Rivaneira C., y Minici A. (2002). La Depresión desde la perspectiva Cognitivo Conductual. *Revista de la terapia cognitiva conductual* 3:(5). Recuperada de <http://revista.cognitivoconductual.org/>
- De La Cruz-Mitac C. Y., Quispe-Ilanzo M. P., Oyola-García A. E., Portugal-Medrano M. A., Lizarzaburu-Córdova E. E., Rodríguez-Chacaltana F. W. y Mejía-Vargas E. (2018).

«Depresión en adultos mayores con enfermedades crónicas en un hospital general del Perú. *Revista del Cuerpo Médico del HNAAA* 10(4):205-11. doi: 10.35434/rcmhnaaa.2017.104.18.

De los Santos, V., y V. S. Carmona. (2017). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica* 15(2). doi: 10.15517/psm.v15i2.29255.

Fabian, H. E. (2020). Factores asociados a trastorno depresivo mayor en adultos mayores residentes en el Perú: estudio poblacional basado en la Endes 2018. *Universidad Ricardo Palma*.

Gómez, A. A. (2021). *La depresión en el anciano*. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13111062>.

Hernández-Chávez, L. N., Muñoz-Quintero, M., Gutiérrez-Leyva, J., Hernández, M., Chanzavala, y Cetina-Ceh. F. (2017). Depresión en un centro geriátrico comunitario en Quintana Roo. *Salud Mental* (35):5.

Jara, C. Y. (2018). *Depresión en adultos mayores de una asociación de vivienda en Chiclayo, agosto-diciembre 2016*. (Tesis de pregrado), Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú.

Labra, L. E., y Ruvalcaba L. J. (2019). Indicadores de Depresión en Adultos Mayores de 60 a 75 años en Ixmiquilpan Hidalgo. *Journal of Negative and No Positive Results* 4(10):976-87.

Martina, M., M. Gutiérrez C. A., Nolberto V. y Piscoya J. (2017). Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *Anales de la Facultad de Medicina* 78(4):393-97. doi: 10.15381/anales.v78i4.14259.

- National Institute of Mental Health. (2017). *Las personas mayores y la depresión*. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-personas-mayores-y-la-depresion>.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Envejecimiento y salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Nota informativa provisional: Cómo abordar la salud mental y los aspectos psicosociales del brote de COVID-19*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/documentos/nota-informativa-provisional-como-abordar-salud-mental-aspectos-psicosociales-brote>.
- Organización Panamericana de la Salud, y Organización Mundial de la Salud. (2020). *Depresión*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/depresion>.
- Pérez, G. E. (2019). *Nivel de depresión en el adulto mayor atendido en el centro de salud de Hualmay 2015*, Propuesta de salud biopsicosocial. (Tesis de maestría). Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, Huacho, Perú.
- Sánchez, C. H. (2017). *Metodología y diseños de investigación científica*. 2 a Ed. Lima Perú: Business Support Aneth.
- Sánchez, C. H. y Reyes M. R. (2017). *Metodología y diseños de investigación científica*. Quinta edición. Lima Perú: Business Support Aneth.
- Sánchez-Pachas, V. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de BeckII (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de Investigación en Psicología* 22(1):39-52. doi: <http://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v22i1.16580>.
- Universidad Peruana Los Andes. (2019). *Reglamento de investigación actualizado*. Huancayo, Perú.

Vargas, V. M. (2018). *Grado de depresión en adultos mayores de un centro de atención integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista, 2018*. (Tesis de Pregrado), Universidad Científica del Perú, Loreto, Perú.

Vázquez, M. A. (2011). La depresión. *Revista de ciencias médicas. La Habana* 17(2):257-69.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	DIMENSIONES	METODOLOGÍA	INSTRUMENTO
<p>Problema General</p> <p>- ¿Cuál es el nivel de depresión predominante en los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín, 2021?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>- Determinar el nivel de depresión predominante en los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín. 2021</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>a) - Determinar el nivel de depresión predominante según el género de adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín. 2021.</p> <p>b) Identificar el nivel de depresión es predominante de acuerdo con el grado de instrucción de los adultos mayores del Centro Integral del</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>No amerita. porque solo realizó una descripción de los niveles de depresión en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de Lurín en el 2021.</p>	<p>1) Cognitivo-Afectiva de la depresión</p> <p>2) Somática de la depresión</p>	<p>Método</p> <p>Deductivo</p> <p>Tipo</p> <p>Cuantitativa básica</p> <p>Nivel</p> <p>Descriptivo</p> <p>Diseño</p> <p>Descriptivo simple no experimental</p> <p>M → O</p>	<p>Intervalo de Depresión de Beck II</p> <p>Población y Muestra</p> <p>65 adultos mayores con edad superior a los 65 años asilados en el Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín. 2021.</p> <p>Tipo de muestreo</p> <p>No probabilístico por conveniencia</p>
<p>Problemas Específicos</p> <p>a) - ¿Cuál es nivel de depresión predominante según el género de adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín? 2021?</p> <p>b) ¿Qué nivel de depresión es predominante de acuerdo con el grado de instrucción</p>	<p>a) - Determinar el nivel de depresión predominante según el género de adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín. 2021.</p> <p>b) Identificar el nivel de depresión es predominante de acuerdo con el grado de instrucción de los adultos mayores del Centro Integral del</p>				

<p>de los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín? 2021?</p> <p>c) ¿Cuál es nivel de depresión predominante en función al estado civil de los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín, 2021?</p> <p>d) ¿Qué nivel de depresión es predominante de acuerdo con las personas que convivan los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín, 2021?</p>	<p>Adulto Mayor de Lurín. 2021.</p> <p>c) Determinar el nivel de depresión predominante en función al estado civil de los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín. 2021.</p> <p>d) Identificar el nivel de depresión predominante de acuerdo con las personas que convivan con los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín. 2021.</p>
--	---

Fuente: Creación de la investigadora.

Anexo 2: Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	TIPO	ESCALA
DEPRESIÓN	<p>La <i>American Psychological Association</i> (2021) indica que la depresión es un trastorno más intenso que una tristeza. Presenta diversas características como dificultad en el estado de ánimo, a nivel cognitivo, conductual y somático (Dahab, Rivaneira, y Minici, 2002). Desde la concepción cognitiva las personas con depresión tienen un esquema negativo de sí mismo de su entorno y del futuro (Beck 1976).</p>	<p>Es considerado como un trastorno, pero también como una enfermedad. esto va a depender de la institución que la defina como el APA o la OPS/OMS. La persona con depresión presenta dificultades su estado de ánimo que afecta en el desenvolvimiento de las actividades cotidianas de la persona. a la vez interfiere en aspectos conductuales, cognitivos y somáticos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cognitivo-Afectiva - Somático 	Cuantitativo	Ordinal

Fuente: Creación de la investigadora.

Anexo 3: Matriz de operacionalización de los instrumentos

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEM	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
DEPRESIÓN	Cognitivo- Afectivo	- Tristeza	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 12. 14 y 18	La puntuación se determina a través de la suma de las elecciones realizadas por los encuestados de los 21 ítems. Cada ítem se evalúa mediante una escala de 4 puntos. de 0 a 3.	Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).
		- Pesimismo			
		- Fracaso			
		- Pérdida de Placer			
		- Sentimientos de Culpa			
		- Sentimientos de Castigo			
		- Disconformidad con Uno Mismo			
		- Autocritica			
		- Pensamientos o Deseos Suicidas			
		- Llanto			
- Pérdida de Interés Desvalorización y Cambios en el apetito					

	- Agitación	
	- Indecisión	
	- Pérdida de Energía	
	- Cambios en los hábitos de Sueño.	
Somático	- Irritabilidad	11. 13. 15. 16. 17.
	- Dificultad de Concentración.	19. 20 y 21
	- Cansancio o fatiga	
	- Pérdida de Interés en el Sexo.	

Fuente: *Elaborado en función al Manual del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) de Brenlla. y Rodríguez (2006)*

Anexo 4: Instrumento de investigación y constancia de su aplicación

BDI-II¹

Nombre: _____ Estado Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Ocupación: _____ Educación: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste.</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2 Estoy triste todo el tiempo.</p> <p>3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.</p> <p>1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.</p> <p>2 No espero que las cosas funcionen para mí.</p> <p>3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</p> <p>3. Fracaso</p> <p>0 No me siento como un fracasado.</p> <p>1 He fracasado más de lo que hubiera debido.</p> <p>2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.</p> <p>3 Siento que como persona soy un fracaso total.</p> <p>4. Pérdida de Placer</p> <p>0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.</p> <p>1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>0 No me siento particularmente culpable.</p> <p>1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado.</p> <p>1 Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7. Disconformidad con Uno Mismo</p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.</p> <p>1 He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusto a mí mismo.</p> <p>8. Autocrítica</p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.</p> <p>3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p> <p>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.</p> <p>2 Querría matarme.</p> <p>3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p> <p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>3 Siento ganas de llorar pero no puedo.</p>
--	---

Título original: Beck Depression Inventory (Second edition)
 Traducido y adaptado con permiso.
 © 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation, USA.
 © de la traducción al castellano 2006 by The Psychological Corporation, USA.
 Todos los derechos reservados.

Subtotal Página 1

Continúa atrás

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

<p>11. Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p> <p>12. Pérdida de Interés</p> <p>0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</p> <p>2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3 Me es difícil interesarme por algo.</p> <p>13. Indecisión</p> <p>0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</p> <p>2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p>14. Desvalorización</p> <p>0 No siento que yo no sea valioso.</p> <p>1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</p> <p>2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p> <p>3 Siento que no valgo nada.</p> <p>15. Pérdida de Energía</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía que la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.</p> <p>3 No tengo energía suficiente para hacer nada.</p> <p>16. Cambios en los Hábitos de Sueño</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <hr/> <p>1a Duermo un poco más que lo habitual.</p> <p>1b Duermo un poco menos que lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Duermo mucha más que lo habitual.</p> <p>2b Duermo mucha menos que lo habitual.</p> <hr/> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	<p>17. Irritabilidad</p> <p>0 No estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable todo el tiempo.</p> <p>18. Cambios en el Apetito</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <hr/> <p>1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <p>1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.</p> <hr/> <p>3a No tengo en apetito en absoluto.</p> <p>3b Quiero comer todo el tiempo.</p> <p>19. Dificultad de Concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p> <p>20. Cansancio o Fatiga</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p>1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p> <p>21. Pérdida de Interés en el Sexo</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.</p> <p>3 He perdido completamente el interés en el sexo.</p>
---	---

_____ Subtotal Página 2

_____ Subtotal Página 1

_____ Puntaje total

Anexo 5: Confiabilidad y validez del instrumento**Tabla 6***Confiabilidad del instrumento de acuerdo la población estudiada*

Variable	Alfa de Cronbach
Nivel de depresión	.94
D1 Cognitivo-Afectiva	.94
D2 Somático	.76

Fuente: Creación de la investigadora.

Validez de contenido por criterio de juec

CRITERIO DE JUECES

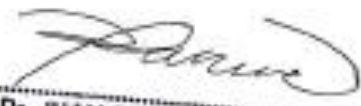
NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO : Juan Sandoval Vilchez.....
 TÍTULO PROFESIONAL : psicólogo.....
 GRADO OBTENIDO (PREGRADO) : Licenciado.....
 CENTRO ACADÉMICO DE FORMACIÓN: USMP.....
 GRADO OBTENIDO (POSGRADO) : Doctor.....
 CENTRO ACADÉMICO DE FORMACIÓN: UIGV.....
 ESPECIALIDAD : Psicólogo Clínico.....
 AÑOS DE EXPERIENCIA : ...35 años.....
 INSTITUCIÓN EN LA QUE LABORA : ...Universidad San Juan Bautista.....
 CARGO LABORAL/ RESPONSABLE : Docente.....
 TRABAJOS PUBLICADOS : Texto Psicología de la salud.....
 OTROS MERITOS :

EN RESUMEN, CUAL ES SU OPINIÓN SOBRE EL INSTRUMENTO
 "BDI-II INTERVALO DE DEPRESION DE BECK II"

ADECUADO 1 MEDIANAMENTE ADECUADO 2 INADECUADO 3

OBSERVACIONES:.....

Lima, 27 de Abril del 2021


 Dr. JUAN SANDOVAL VILCHEZ
 PSICOLOGO
 C.P.S. 1848
 Firma

Nombre y Apellidos: Juan Sandoval Vilchez
 DNI N° 08151575

CRITERIO DE JUECES

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO : Lady Sthefany Mendoza Canicela.
TÍTULO PROFESIONAL : Licenciada en Psicología.
GRADO OBTENIDO (PREGRADO) : Bachiller en Psicología
CENTRO ACADÉMICO DE FORMACIÓN : Universidad Cesar Vallejo.
GRADO OBTENIDO (POSGRADO) : Doctora en Psicología
CENTRO ACADÉMICO DE FORMACIÓN: Universidad Cesar Vallejo.
ESPECIALIDAD : Psicología Educativa
AÑOS DE EXPERIENCIA : 8 años.
INSTITUCIÓN EN LA QUE LABORA : Universidad Privada del Norte.
CARGO LABORAL/ RESPONSABLE : Docente.
TRABAJOS PUBLICADOS : -
OTROS MERITOS : -

EN RESUMEN, CUAL ES SU OPINIÓN SOBRE EL INSTRUMENTO

"BDI-II INTERVALO DE DEPRESION DE BECK II"

ADECUADO 1 MEDIANAMENTE ADECUADO 2 INADECUADO 3

OBSERVACIONES:

Si hay suficiencia.

.....

.....

.....

Lima, 30 de abril del 2021


LADY MENDOZA CANICELA
 - PSICOLOGA
 - Firma

Nombre y Apellidos: Lady Sthefany Mendoza Canicela
 DNI N°46080409

CRITERIO DE JUECES

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO :Eduardo Visurraga Noya.....
TÍTULO PROFESIONAL :Lic. en psicología
GRADO OBTENIDO (PREGRADO) :Bachiller en psicología.....
CENTRO ACADÉMICO DE FORMACIÓN:USMP.....
GRADO OBTENIDO (POSGRADO) : ... Mg. En Psicología con mención educativa...
CENTRO ACADÉMICO DE FORMACIÓN:USMP.....
ESPECIALIDAD :
AÑOS DE EXPERIENCIA :15.....
INSTITUCIÓN EN LA QUE LABORA :UPC, USMP, UTP.....
CARGO LABORAL/ RESPONSABLE :Docente.....
TRABAJOS PUBLICADOS :
OTROS MERITOS :

EN RESUMEN, CUAL ES SU OPINIÓN SOBRE EL INSTRUMENTO
"BDI-II INTERVALO DE DEPRESION DE BECK II"

ADECUADO 1 MEDIANAMENTE ADECUADO 2 INADECUADO 3

OBSERVACIONES:.....

Lima, 28 de abril del 2021


 PS. EDUARDO VISURRAGA NOYA
 C.P.S.P. 13420

Firma

Nombre y Apellidos: Eduardo Visurraga Noya
 DNI N° 40514975

Anexo 6: La data de procesamiento de datos

Analisis PI_NDAM.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible:

	Código	Edad	Sexo	Est_Civ	Convi	Grad_Ins	PA_Trist	PB_Pesi	PC_Frac	PD_Per	PE_SentCu	PF_SentCa	PG_Dis	PH_Aut	PI_PeNS	PJ_Llan	PK_Agit	F
1	C001	79	Fem...	Casada(o)	Con m...	Superior	No me ...	No esp...	No me ...	Obten...	Me siento ...	No siento qu...	He perd...	No me ...	No teng...	Lloro ...	No esto...	Est
2	C002	70	Mas...	Separa...	Famili...	Superior	No me ...	No esto...	No me ...	No dis...	No me sie...	No siento qu...	He perd...	No me ...	No teng...	No llor...	Me sien...	Est
3	C003	68	Fem...	Casada(o)	Famili...	Superior	Estoy tr...	Me sien...	He frac...	No dis...	Me siento ...	Siento que t...	He perd...	Estoy ...	He teni...	Lloro ...	Me sien...	Est
4	C004	59	Fem...	Separa...	Hijos	Superior	No me ...	Me sien...	No me ...	No dis...	No me sie...	No siento qu...	Siento ...	No me ...	No teng...	No llor...	Me sien...	Est
5	C005	78	Mas...	Casada(o)	Con m...	Bachiller	Me sien...	Me sien...	No me ...	No dis...	No me sie...	No siento qu...	Siento ...	No me ...	No teng...	No llor...	No esto...	Est
6	C006	66	Fem...	Concubi...	Con m...	Superior	No me ...	No esto...	No me ...	Obten...	No me sie...	No siento qu...	Siento ...	No me ...	No teng...	No llor...	No esto...	No h
7	C007	67	Mas...	Soltera ...	Famili...	Superior	No me ...	No esto...	No me ...	Obten...	No me sie...	No siento qu...	Siento ...	No me ...	No teng...	No llor...	No esto...	No h
8	C008	70	Mas...	Soltera ...	Con m...	Superior	No me ...	Me sien...	No me ...	No dis...	Me siento ...	No siento qu...	Siento ...	Estoy ...	No teng...	No llor...	No esto...	No h
9	C009	67	Mas...	Viuda(o)	Hijos	Técnico	Me sien...	No esto...	No me ...	No dis...	No me sie...	No siento qu...	He perd...	No me ...	No teng...	Lloro ...	Me sien...	Est
10	C010	70	Fem...	Casada(o)	Con m...	Técnico	Me sien...	Me sien...	No me ...	Obten...	Me siento ...	No siento qu...	Siento ...	Estoy ...	No teng...	No llor...	Me sien...	Est
11	C011	75	Fem...	Soltera ...	Famili...	Técnico	No me ...	No esto...	No me ...	No dis...	Me siento ...	No siento qu...	He perd...	No me ...	No teng...	Lloro ...	Me sien...	Est
12	C012	69	Mas...	Separa...	Solo	Superior	Estoy tr...	No esto...	No me ...	No dis...	Me siento ...	No siento qu...	He perd...	No me ...	He teni...	Lloro ...	Me sien...	Est
13	C013	71	Fem...	Casada(o)	Con m...	Técnico	No me ...	Me sien...	No me ...	No dis...	No me sie...	No siento qu...	He perd...	Estoy ...	No teng...	Lloro ...	Me sien...	Est
14	C014	67	Mas...	Casada(o)	Con m...	Técnico	Me sien...	Me sien...	No me ...	No dis...	Me siento ...	Siento que e...	He perd...	Estoy ...	He teni...	Lloro ...	Me sien...	Est
15	C015	69	Mas...	Concubi...	Con m...	Superior	No me ...	No esto...	No me ...	Obten...	No me sie...	No siento qu...	He perd...	Estoy ...	No teng...	Lloro ...	Me sien...	Est
16	C016	67	Mas...	Casada(o)	Con m...	Superior	No me ...	No esto...	No me ...	No dis...	No me sie...	No siento qu...	Siento ...	No me ...	No teng...	No llor...	No esto...	Est
17	C017	71	Fem...	Casada(o)	Hijos	Superior	No me ...	No esto...	No me ...	No dis...	No me sie...	Siento que t...	He perd...	Estoy ...	He teni...	Lloro ...	Me sien...	Est
18	C018	71	Fem...	Viuda(o)	Hijos	Técnico	Me sien...	No esto...	No me ...	No dis...	Me siento ...	Siento que t...	He perd...	Estoy ...	No teng...	Lloro ...	Me sien...	Est
19	C019	69	Mas...	Separa...	Famili...	Superior	Me sien...	Me sien...	He frac...	No dis...	Me siento ...	No siento qu...	He perd...	Estoy ...	No teng...	No llor...	Me sien...	Est
20	C020	75	Fem...	Viuda(o)	Famili...	Secund...	Me sien...	Me sien...	He frac...	Obten...	No me sie...	Siento que t...	He perd...	Estoy ...	He teni...	Lloro ...	Me sien...	Est

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Un Ponde



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo Rocio del Pilar León Dávalos identificado (a) con DNI N° 40146648 egresada de la escuela profesional de Psicología, habiendo implementando el proyecto de investigación titulado “Depresión en adultos mayores del centro integral del adulto mayor de Lurín - 2021”, en ese contexto declaro bajo juramento que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de investigación de acuerdo a lo especificado en los artículos 27 y 28 del Reglamento General de Investigación y en los artículos 4 y 5 del Código de Ética para la investigación Científica de la Universidad Peruana Los Andes , salvo con autorización expresa y documentada de alguno de ellos.

Huancayo, 08 de abril 2021.



Apellidos y nombres: Rocio del Pilar León Dávalos

Responsable de investigación